

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

529

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 18 juillet 1898, à 1 heure

PAR

Joseph GUYADER

QUELQUES

ÉTATS PNEUMONIQUES
APYRÉTIQUES

Président : M. LANDOUZY, professeur

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur
GAUCHER et CHASSEVANT, agrégés*

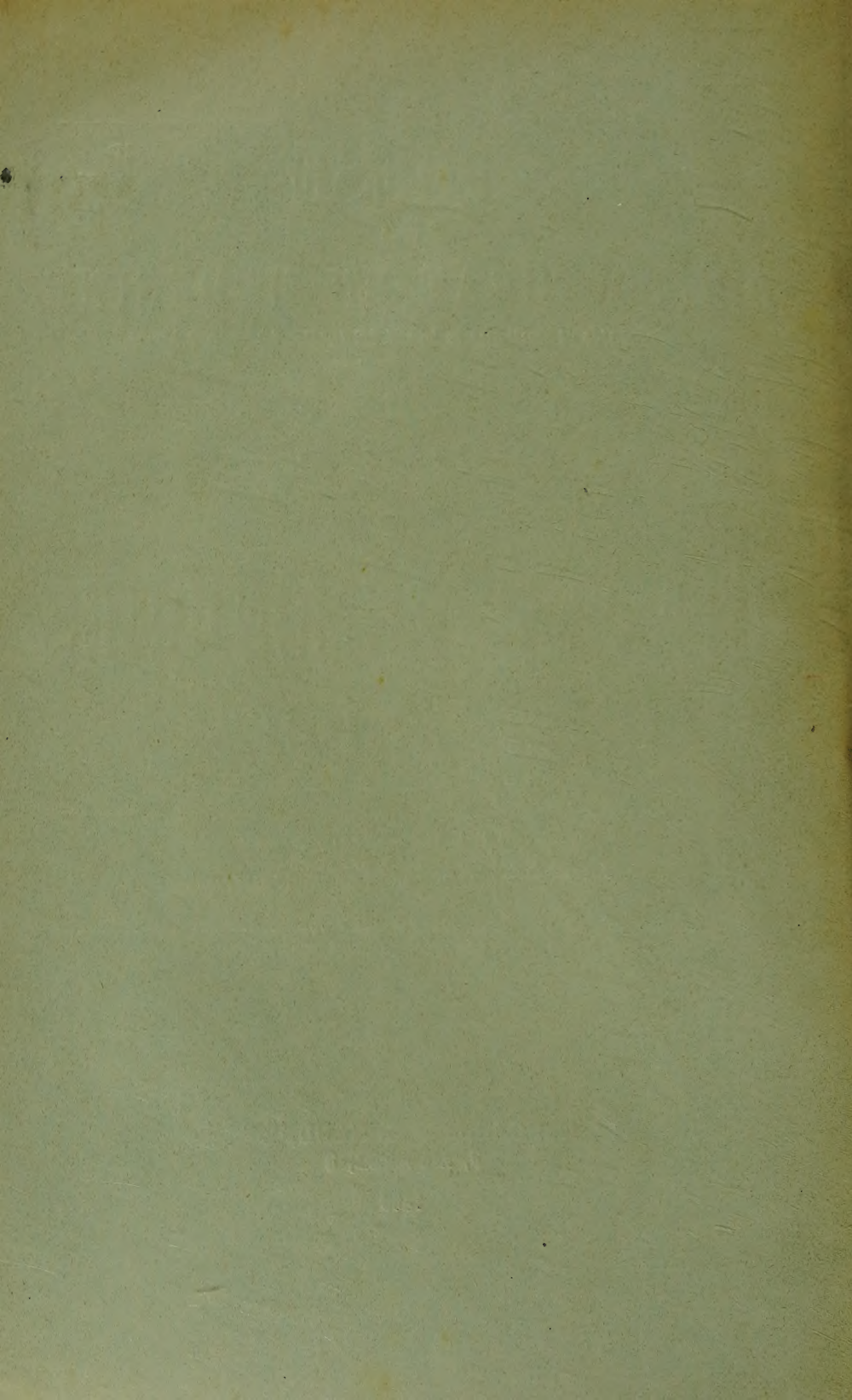
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o
329

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

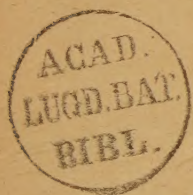
Présentée et soutenue le lundi 18 juillet 1898, à 1 heure

PAR

Joseph GUYADER

QUELQUES

ÉTATS PNEUMONIQUES
APYRÉTIQUES



Président : M. LANDOUZY, professeur

Juges : MM. { FOURNIER, professeur
GAUCHER et CHASSEVANT, agrégés

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUGHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACQUOD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERY
ANDRE	GILLES DE LA	NÉLATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLÉY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	LEJARS	ques.	WEISS
CHASSEVAND	LETULLE	RETTÉRE	WIDAL
DELBET	MARFAN	RICARD	WURTZ
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE M^{re} QUENTEL, NOTAIRE A LANNILIS

Témoignage de reconnaissance.

A MON ONCLE LE DOCTEUR CHARLES GUYADER

A M. HIRTZ

Chevalier de la Légion d'Honneur. Médecin de l'hôpital Laennec.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin de l'hôpital Laennec
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

« Pour la première fois, en un livre de pathologie descriptive, se trouve dénommée et décrite la pneumococcie ; pour la première fois, la pneumococcie est étudiée à son rang parmi les infections microbiennes, et non plus d'une façon sommaire au paragraphe consacré à la description de la pneumonie sous ce prétexte mal entendu, que celle-ci est le mode symptomatique le plus commun, le plus éclatant, et le mieux connu de l'infection localisée pneumococcique. » (Landouzy, *Traité de médecine et de thérapeutique*).

C'est pourquoi, comme nous n'avons pas la preuve bactériologique de la nature des observations que nous reproduisons, nous préférons la dénomination d'états pneumoniques, qui ne préjuge pas de l'espèce microbienne, à laquelle elles seraient attribuables. Quoi qu'il en soit, l'élévation de la température est le symptôme le plus constant de l'inflammation du lobule pulmonaire ; si

l'on a souvent signalé des dépressions thermiques passagères, il est exceptionnel que l'apyrexie se maintienne pendant la durée de la phlegmasie. Nous avons observé cette rareté à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Hirtz, chez un malade dont la température rectale n'a pas dépassé 37° pendant les six jours qu'il est resté à la salle Cruveilhier. Il mourut; et à l'autopsie nous avons constaté, en même temps qu'une vive inflammation du tube digestif, l'hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon droit (Obs. XIV, page...). Ce fait curieux nous a surpris; et il nous a paru intéressant de rechercher dans la littérature médicale les anomalies de ce genre.

Le nombre en est restreint; nous n'avons rencontré que quelques exemples dans l'athrepsie, la vieillesse, l'urémie, le diabète, l'hémophilie et l'aliénation mentale. Enfin, les trois derniers cas n'entreraient pas dans cette classification.

A l'occasion de notre thèse, qu'il nous soit permis de remercier publiquement nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Paris, de l'instruction médicale qu'il nous ont donnée.

Nous sommes reconnaissants à M. Hirtz, de nous avoir inspiré le sujet de notre travail; nous le remercions de son bienveillant accueil dans son service de Laënnec.

Et nous sommes aussi honoré que M. le professeur Landouzy ait agréé la présidence de notre thèse.

I

Dans les ouvrages antérieurs à l'emploi du thermomètre en clinique, nous pourrions relever de nombreuses observations de pneumonie sans fièvre.

OBSERVATION I

(Archives générales de Médecine de 1837) (LANDAU).

L'invasion de la pneumonie dans la convalescence des grippés a été insidieuse. Les malades ne semblaient pas souffrir, tant la prostration était grande ; et assurément sans le secours de l'auscultation une grande partie de ces pneumonies eussent été méconnues ; aussi l'examen exigeait une attention toute particulière. Un exemple frappant nous est fourni par le malade Genly, 20 ans, charretier, couché au n° 40, salle Saint-Bernard. Il présente les symptômes d'une pneumonie double. Souffle, matité aux deux tiers inférieurs du poumon ; et pas la

moindre réaction. Le malade ne paraissait pas éprouver la moindre gêne dans la respiration. Le pouls calme variait de 60 à 70. Les mouvements respiratoires n'étaient pas accélérés. La peau avait sa température normale ; et ce jeune homme, qui ne se doutait pas de son état, demandait constamment à manger. Il quitta l'hôpital trois semaines après son entrée ; parfaitement guéri par la méthode controstimulante. Hormi les symptômes locaux, il n'y avait rien ici qui ressemble à une pneumonie.

Nous nous gardons bien d'affirmer l'apyrexie réelle de cette observation. Les anciens médecins préjugeaient de l'élément le plus important de la fièvre par ses accessoires : fréquence du pouls, agitation du patient, rougeur de la face. Nous savons actuellement, qu'en l'absence de ces symptômes, il peut exister une hyperthermie considérable des organes centraux contrastant avec la fraîcheur des téguments. Et pour apprécier la chaleur de l'organisme, le moyen le plus direct était l'application de la main sur la peau. Procédé défectueux ; la température de l'observateur est trop sujette aux variations individuelles, physiologiques, atmosphériques, pour que l'on compte sur son exactitude, et surtout pour que ses indications soient rapportées à un point de repère qui permit de les enregistrer.

Voici l'opinion de Grisolle, dont le nom est inséparable d'une étude sur la pneumonie :

« La fièvre est la compagne si ordinaire de la pneumonie, que presque tous les médecins la croient constante, indispensable, en quelque sorte. J'ai longtemps partagé cette opinion ; mais elle me paraît trop exclusive. Depuis la première édition de ce livre, j'ai vu plusieurs pneumonies, complètement apyrétiques ; leur diagnostic ne pouvait être incertain ; car elles se caractérisaient par l'expectoration rouillée, par la crépitation fine et sèche. Plusieurs étaient parvenues au degré d'hépatisation rouge, et cependant la peau restait fraîche, le pouls oscillait entre 50 et 65 pulsations. La langue était presque nette, et il n'existait aucun des troubles qui accompagnent communément tout état fébrile même peu intense. C'est là une anomalie, sans doute ; mais elle n'est pas spéciale à la pneumonie. Il est peu de phlegmasies dans lesquelles la fièvre n'ait fait quelquefois défaut. Pour la pneumonie, la chose est plus rare, sans doute, que pour tout autre. Et puis, en y regardant de très près, on ne peut pas dire que la fièvre ait absolument manqué ; le plus ordinairement, dans les cas dont je parle, elle a eu plutôt une durée éphémère de quelques heures, d'un ou deux jours, puis elle s'est éteinte, tandis que l'état local persistait au même point et gagnait parfois en étendue.

Ce sont les leçons de Roger, de Charcot, de Wunderlich et de Thomas, qui démontrèrent la nécessité de la thermométrie clinique. Malheureusement, dans les nombreuses publications que nous avons parcourues, nous avons souvent constaté, avec regret, l'absence ou l'insuffisance du tableau thermique, soit qu'il fût indifférent aux auteurs pour le développement de leurs conclusions, soit qu'il ne différât pas de la normale. Dans cette dernière hypothèse, malgré la vraisemblance de nos présomptions, nous ne nous sommes pas cru autorisé à reproduire les observations.

Le nombre en est si petit que nous comprenons que des auteurs aient nié ou contesté la possibilité d'un état apyrétique pendant toute la durée de la maladie. Cependant, on admet, généralement, qu'il existe dans un organisme profondément cachectisé.

« Abstraction faite des cas toujours assez rares, où la marche de la pneumonie est tout à fait apy-

rétiqne, on en rencontre quelques autres, dans lesquels, avec des élévations thermiques très modérées, et ne durant que quelques heures, la limite inférieure de la fièvre modérée (38°5) est atteinte, le plus souvent, dès le premier ou le deuxième jour de la pneumonie, après quoi, elle reste apyrétique dans son cours. »

« Dans les pneumonies ultimes (pneumonies des agonisants), il n'y a pas toujours d'élévation thermique, lors même que la température aurait été auparavant élevée ; elle n'est point du tout nécessairement modifiée par l'invasion de la pneumonie. »

Lorain, dans son livre sur les variations de température dans les maladies, confirme l'assertion de Wunderlich.

M. Lépine appelle ces formes asthéniques, où la fièvre fait défaut, des pneumonies de starvation, mot anglais qui n'est pas plus expressif que celui d'inanition (Barth). « Dans la véritable pneumonie de starvation, non seulement les apparences de la fièvre manquent, mais même l'élévation de la température centrale paraît faire défaut pendant la plus grande durée de la maladie. »

L'état cachectique par excellence, c'est celui que Parrot a désigné sous le nom d'athrepsie. Avant lui, on avait remarqué que la concomitance de la phlegmasie pulmonaire n'y déterminait aucune réaction. Mignot (dans sa *Thèse de Paris*, 1851) avance même que les maladies, telles que la pleu-

résie et la pneumonie, qui, chez l'adulte, ou chez l'enfant plus âgé, se caractérisent par de la fièvre, déterminent, au contraire, chez les nouveaux-nés un abaissement de température qui peut être considérable.

Les expériences que Roger entreprit dans son service lui montrèrent que dans le sclérème, malgré l'invasion de pneumonie doubles, qui viennent presque toujours compliquer l'affection primitive, le refroidissement continue à s'opérer, et il est tel qu'il surpasse le froid d'autres enfants morts depuis dix à douze heures.

« Chez un petit nombre d'athrepsiques, dit Parrot, la pneumonie détermine une accélération respiratoire et une élévation thermique, mais seulement de quelques dixièmes au-dessus de la moyenne physiologique. Chez le plus grand nombre, elle laisse les choses en l'état créé par l'athrepsie.

« Dans les cas d'athrepsie simple comme dans les compliqués de pneumonie, la comparaison des moyennes montre que la température est de 36° sous le premier, et de 35°5 dans le second, différence minime mais pourtant digne d'être remarquée, puisqu'elle est de cinq dixièmes au profit des malades exempts d'inflammation pulmonaire.

« En résumé et d'une manière générale, on peut dire que l'athrepsie n'est que faiblement modifiée par les états inflammatoires, qui se manifestent pendant son cours, et qu'elle leur impose son

allure et leur donne sa physionomie quand elle vient les compliquer. »

C'est ce que prouvent les tracés de température que Parrot donne à la fin de son livre. Malgré la complication pulmonaire, nous voyons dans un cas la courbe fébrile s'infléchir graduellement jusqu'à la mort de 36° à 32°.

Comment interpréter ce défaut de calorique ? La constitution des nouveaux-nés a été débilitée par la misère, le surmenage et les maladies des parents ; les organes digestifs adultérés par une mauvaise alimentation ne permettent plus l'absorption suffisante des matériaux de la nutrition, conditions favorables pour l'envahissement d'éléments toxiques, qui seraient le facteur le plus puissant de l'hypothermie.

OBSERVATION II

(Anasarque, teinte ictérique de la peau ; diarrhée, muguet. — Stéatose cérébrale, pneumonie.)

Joseph G., né le 12 mai 1870, est admis dans la salle le 18. La peau a une teinte jaunâtre, marquée surtout à la face. Il est atteint d'un œdème généralisé avec prédominance de la lésion au niveau des parties déclives.

Pouls.	120
TR.	32.2

19. — La teinte de la peau devient ictérique, il y a de la diarrhée verte.

Pouls.	104
TR.	32.2

20. — La respiration est pénible.

Muguet.	
Pouls.	116
TR.	33.6

21. — La coloration ictérique pâlit, le muguet fait du progrès.

Pouls.	128
TR.	33.4

23. — L'enfant ne prend qu'une très petite quantité de lait : la diarrhée persiste.

Pouls.	116
TR.	33,2

24. — L'œdème continue.

TR.	32.2
-------------	------

Tandis que l'œdème continue à diminuer aux membres inférieurs, il semble un peu plus accentué aux mains.

TR.	30.6
-------------	------

26. — On entend quelques râles cripitants dans les deux poumons.

TR.	29.8
-------------	------

La mort a lieu le 27 à 8 heures matin. L'autopsie révèle les lésions suivantes. Stéatose cérébrale périventriculaire. Dans le ventricule gauche, sous l'épendyme, au

point d'émergence de la veine du corps strié, épanchement sanguin de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Dans une assez grande étendue, les deux poumons sont le siège d'une induration brune et même noirâtre. Le foie est dépourvu de graisse. On trouve au contraire quelques granulations graisseuses dans les tubuli du rein. »

Dans l'âge avancé aussi, par suite de l'affaiblissement général, lent et progressif des différentes fonctions, les plegmasies évaluent insidieusement.

La pneumonie est très fréquente chez les vieillards ; c'est même « leur fin naturelle ». Il y a un défaut de corrélation entre les lésions locales, et l'appareil symptomatique qui peut manquer totalement :

« Les vieilles femmes, dit Dechambre, ne se plaignent même pas de malaise ; personne dans leurs dortoirs, ni surveillantes, ni filles de service, ni voisins ne s'aperçoivent de changement dans leur position. Elles se lèvent, font leur lit et expirent.

C'est là une des morts dites subites des vieilles de la Salpêtrière. On ouvre les cadavres, et on trouve une grande partie du parenchyme pulmonaire en suppuration. »

De tels faits ne sont pas rares ; et c'est ainsi que l'on a cru à la fréquence de l'apyrexie dans les inflammations séniles. L'on méconnaissait parfois l'existence d'une fièvre intense parce que l'on ne

l'avait pas recherchée avec le thermomètre. Charcot a montré que la température superficielle ou axillaire ne révélait pas toujours la chaleur centrale, et que celle-ci était généralement aussi élevée que chez l'adulte et l'enfant. Nous n'avons rencontré que quelques cas ; et dans ceux que nous citons, il n'est pas toujours fait la remarque que la température ait été prise dans le rectum.

OBSERVATION III

DERMONT, (*thèse Montpellier 1884*).

Odier Jacques est depuis quelque temps déjà pensionnaire à l'hôpital général. Il est âgé de 72 ans ; et exerce la profession de maçon.

Il a de l'emphysème et de la bronchite chronique, et aurait eu il y a longtemps déjà, les fièvres intermittentes. Rien à noter du côté des antécédents héréditaires.

Le 3 décembre 1882, il se présente à la visite du matin, il se plaint d'une dyspnée habituelle surtout marquée pendant la nuit.

L'examen thoracique révèle tous les signes du catarrhe bronchique. Pas de déformation, résonnance normale ; mais l'auscultation fait entendre, disséminés dans les deux poumons, des râles sonores à timbre très variable. L'expectoration est peu abondante. On prescrit une potion à l'ipéca, et un julep calmant pour le soir.

Les jours suivants, l'état du malade semble s'améliorer jusqu'au 7.

Ce jour-là, la dyspnée est plus marquée ; le patient met en jeu toutes ses forces inspiratrices, les ailes du nez se soulèvent convulsivement. L'examen de la poitrine révèle de notables changements dans l'état du poumon. Les troubles sont surtout accentués à droite. On constate de la submatité, une légère augmentation des vibrations thoraciques, et à l'auscultation des râles sous crépitants fins, nombreux, surtout à la base. Le malade est prostré ; les traits sont tirés, le visage est blafard. Abattement physique et moral considérable. Léger subdélire la nuit. Température normale. On prescrit une potion alcoolique.

Le 8, l'état général est le même que la veille ; mais la dyspnée s'est fortement accrue. A droite et en arrière, et à la base, la matité est franche ; on perçoit même un léger souffle à ce niveau. Râles sous crépitants assez nombreux. Peu ou pas d'expectoration. On prescrit une infusion d'ipéca à prendre d'heure en heure.

Le 9 et le 10, la maladie s'aggrave, notre homme délire, se lève en chemise pendant le jour, et demande ses outils pour aller travailler.

Le 11, au matin, le malade est somnolent ; il se réveille cependant facilement. La dyspnée est toujours très intense. Il y a 48 respirations dans le poumon droit, la matité est la même, mais le souffle a augmenté et se perçoit maintenant très facilement. Le pouls est fréquent ; on compte 104 pulsations faibles et quelquefois irrégulières.

Température normale 36°2, le matin et 37,4 le soir.

Le 12, l'état est toujours grave, somnolence, traits altérés, narines pulvérulentes, langue rôtie, lèvres viola-

cées, tendance au Cheyne Stokes. Mêmes signes stéthoscopiques. Température axillaire 36-8, température rectale 37-5. On note à ce moment 44 respirations, 120 pulsations.

On continue toujours la médication stimulante ; on prescrit en outre des sinapismes sur les mollets et les pieds.

Les 13, 14 et 15, l'état reste sensiblement le même.

Le 16, le malade est plus éveillé ; la dyspnée est moins intense ; il a reposé une partie de la nuit. La matité a beaucoup diminué, et le souffle tend à disparaître. L'appétit renaît. La température rectale est de 37.4 le soir. Le pouls est à 100 ; et la respiration à 35.

Le 17 et jours suivants, amélioration, et le malade sort guéri le 20.

OBSERVATION IV

CAYLUS (*Thèse de Paris, 1874*).

C..., 57 ans, journalier, entre le 23 décembre 1873 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, service de M. le professeur Behier.

Le père de ce malade est mort à 78 ans, de pneumonie ; il en avait eu déjà plusieurs. Sa mère est morte hydro-pique à l'âge de 72 ans.

Lui-même assure qu'il a toujours eu une bonne santé, interrompue seulement le 10 mai 1870, par une pneumonie du côté gauche, pour laquelle il fut soigné à l'hôpital Baujon et qui dura un mois.

Pas d'autre maladie depuis cette époque. Depuis

quelque temps, il éprouvait des malaises, et son appétit avait diminué ; il se sentait affaibli, mais n'avait point pour cela interrompu son travail.

Dans la soirée du 24 décembre 1873, il est pris d'un frisson intense et d'un point de côté à gauche, qui l'oblige à s'aliter. A ce moment, l'appétit est nul, la dyspnée assez forte, et il y a un commencement d'expectoration de crachats visqueux et peu abondants. Le surlendemain, ne se trouvant pas mieux, il vient à l'hôpital dans le service de M. le professeur Behier où l'on constate les symptômes suivants :

Le malade est un homme d'une constitution assez robuste, au facies un peu rouge. Il accuse de la dyspnée mais ne paraît nullement anxieux.

A la percussion, on trouve de la matité au tiers inférieur du poumon gauche, tandis que le reste du poumon ainsi que tout le poumon droit ont leur sonorité normale.

Les vibrations thoraciques n'ont point changé. L'auscultation révèle un souffle tubaire très net, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Il y a du retentissement de la voix.

L'expectoration est peu abondante et formée de crachats rouillés, visqueux, qui adhèrent au fond du vase. La toux est presque nulle, *il n'y a pas de fièvre.*

Cœur. — Insuffisance aortique.

29 décembre. — Jusqu'à ce jour, *l'état du malade est resté le même, sans élévation de température.* Aujourd'hui, on constate à l'auscultation du souffle vers l'angle de l'omoplate et des râles crépitants fins, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du poumon.

La toux n'augmente pas ; l'expectoration est toujours

aussi rare avec les mêmes caractères. La dyspnée est un peu moins intense.

10 janvier 1874. — Le souffle a disparu et dans toute l'étendue du tiers moyen du poumon, on perçoit des râles crépitants de retour. Les crachats, toujours aussi rares, redeviennent normaux. La dyspnée a presque entièrement disparu. La température et le pouls n'ont rien d'anormal.

15 janvier. — Les symptômes se sont complètement amendés; l'auscultation ne révèle plus qu'une expiration un peu prolongée.

L'appétit a reparu; l'expectoration est nulle. Il va à Vincennes.

La température du malade ne s'est jamais élevée au-dessus de la moyenne.

Traitement : Vésicatoires, extrait de quinquina.

L'albuminurie est une cause d'affaiblissement. Dans les affections rénales, par suite de l'insuffisance de la dépuration urinaire les matériaux de la désassimilation s'accumulent dans le sang et deviennent un obstacle aux échanges cellulaires de nutrition. De plus, M. Bouchard a extrait de l'urine normale un principe particulier à propriétés hypothermisantes.

C'est pourquoi, dans l'urémie, la température est généralement abaissée. Elle peut ne pas être influencée par l'invasion d'une plegmasie, et cette anomalie fera soupçonner une affection latente : « Dans une de ses dernières cliniques, M. le professeur Verneuil citait l'observation d'un individu,

atteint de pneumonie traumatique qui, à une période avancée de son affection, présentait cependant une température normale. Cette anomalie dans la marche de la température fit songer l'urémie.

Le malade était en effet albuminurique, et en présentait les signes évidents.

Il guérit de sa pneumonie » (Porterie, *Thèse*, Paris 1880).

OBSERVATION V

(*Thèse de CAUSSADE*, Paris, 1890).

Evolution pneumonique chez un brightique. Antérieurement à cette infection : dyspnée. Pneumonie de la durée de 13 jours accompagnée de troubles de la respiration à type de Cheyne-Stokes, d'albumine considérable dans les urines ; œdème des membres inférieurs, *évoluant sans élévation de la couche thermique*, au-dessous de la normale, et une albuminurie persistant jusqu'à la mort. — Durée de la néphrite, 20 jours, suivie de mort. Autopsie : *Pneumonie de la base du poumon gauche*.

Infarctus hémorrhagique dans le poumon droit. Cœur de Traube. Péricardite. Pleurésie. Néphrite mixte (ou associée).

Chronische intertitielle néphrite. Cheynes-Stokes. Asthmen. Tod Kieman. Bkr der kl Krankenanst Rudolph, Stift. in Wien (Année 1886, publiée en 1887).

N... Jean, 43 ans, journalier, fut reçu dans la deuxième division de médecine, le 24 janvier 1887, avec le n° 577. Pouls 500, petit, extrémités froides, respiration Cheynes-Stokes. Le malade qui depuis 16 ans est employé à l'usine à gaz comme chauffeur surpassait tellement ses camarades par la force physique, qu'on l'y regardait comme l'homme le plus fort et qu'il maniait des poids de 200 kos.

Autrefois toujours bien portant : tousse depuis le 17 août de l'an passé, et en même temps un amaigrissement progressif apparaissait ; peu à peu survenait une certaine difficulté de la respiration qui, dans les derniers temps, s'était tant accrue que sa femme disait que son mari étouffait ; car à chaque instant la respiration lui manquait.

Etat présent. — Malade grand, bien bâti, embonpoint moyen ; il a été pendant la nuit très agité, et a eu beaucoup de dyspnée. A la première visite le malade bégaye ; langue sèche ; il a la bouche toujours ouverte, gémissant et râlant. Lèvres non cyanosées. Thorax bien bombé. Respiration diaphragmatique. Foie un peu refoulé en bas. La percussion des poumons donne partout de la sonorité ; dans les poumons quelque peu distendus catarrhe intense. *Pas d'expectoration.* Les respirations se suivaient, au nombre de 12, atteignant successivement un maximum qui diminuaient peu à peu ; depuis la dernière inspiration apparente jusqu'au retour d'une nouvelle inspiration très faible il sécouait 20 secondes environ ; à chaque inspiration le malade émettait un râle ou un gémissement incommodant ainsi, ses voisins. Matité du cœur augmentée. Dans le 6° espace intercostal, sur la ligne mammelonnaire, soulèvement très apparent de la pointe du cœur. Pouls très petit. Au début, a tous les

orifices, bruits métalliques. A partir du 2 février léger souffle systolique dans la région du ventricule gauche ; ailleurs les bruits sourds. A l'orifice aortique dédoublement d'un bruit.

L'urine claire, pâle, acide, contient une énorme quantité d'albumine, Pas de selles ; le malade ne réclame ni nourriture, ni boisson. Cependant il avale goulument le lait qu'on lui présente.

La température oscille continuellement entre 36° à 36°3 le matin, et 36,1 et 36,4 le soir.

Le 7 février, *température 37°*. Dans les deux lobes inférieurs des poumons on entend quelques râles crépitants ; crachats visqueux, quelques stries de sang.

Le 15 février : *température normale* ; à droite et en arrière matité limitée à la base ; respiration affaiblie. Successivement d'autres signes survinrent du côté du cœur, signes d'hypertrophie cardiaque. Le 19 février. On ne sentait le choc de la pointe que sous l'appendice xyphoïde ; vers le sternum un bruit de frottement distinct et rude. Pouls radial petit, 90 pulsations ; dans la carotide on entend un bruit et un souffle ; les veines jugulaires très dilatées battent violemment. En même temps les pieds s'œdématisent, et l'albumine augmente dans l'urine. Malgré toutes ces complications, la respiration s'améliore, devient plus calme, plus régulière que le jour de l'entrée. Le malade un peu agité demande à manger ; et est assez tranquille pendant la journée ; mais à l'approche de la nuit la dyspnée reparait. Pouls 100. *Température 36,4. — 35,4 ; mais les 26 et 28 février la température remonte le soir 37,2 et 37,5.*

Le frottement péricardique augmente : mais la distension des jugulaires diminue.

Le râle capitant reparait aux bases ; mais sans expectoration ; l'œdème des extrémités augmente et après une longue agonie le patient succomba de 4 mars, à 11 h. du matin.

Autopsie. — Néphrite double. Dilatation excentrique du ventricule droit avec caillots fibrineux. Infarctus hémorrhagique du poumon droit. Pleurésie droite et péricardite. Cavernes bronchectasiques dans le lobe inférieur droit. Foyers de pneumonie dans le lobe inférieur gauche.

Comme chez les albuminuriques, on constate de l'abaissement de température chez les diabétiques épuisés par la perte de fortes proportions de sucre, ou par la longue durée de la glycosurie.

La présence du sucre en excès dans le plasma sanguin agirait comme l'urée en ralentissant la nutrition et contribuerait à l'hypothermie. Une pyrexie survenant dans ces conditions peut ne pas donner lieu à une forte ascension mercurielle. Lecorché a vu des malades atteints de plegmon, ou de pneumonie ne pas dépasser 38° :

« Pour ce qui est de la pneumonie, on est encore assez mal fixée, sur le caractère des symptômes généraux, sur la température en particulier, mais si l'on juge d'après quelques observations connues, il paraît avéré que la pneumonie a le privilège d'élever légèrement la température du diabétique, qui, en dehors des complications, est au-dessous de la normale. »

OBSERVATION VI

(Thèse de LABBÉ, 1891).

M. X... notaire aux environs de Paris, était devenu diabétique en 1872, à l'âge de 38 ans. Le régime diététique, assez exactement suivi au début de la maladie, avait été repris à différentes époques, et enfin définitivement abandonné par le malade. Au moment où survint la pneumonie, M. X... avait 53 ans. Il urinait quatre litres dans les 24 heures, et la recherche de glycose avait donné une première fois 30 grammes, et une seconde fois 62 gr. 75 par litre, soit 251 grammes en 24 heures.

Après avoir éprouvé des malaises et de petits frissons répétés du jeudi 13 octobre 1887 au samedi suivant, le malade fut pris d'un frisson violent, dans la nuit du 15 au 16 octobre.

Le dimanche soir (16 octobre) après avoir passé la journée au coin du feu, sans manger, il était dans un état de refroidissement profond avec cyanose.

L'artère radiale battait 28 pulsations faibles et irrégulières. Il y avait de fréquentes hypothygies.

Le lundi 17 octobre. à 4 heures ; le pouls était encore faible ; quarante-quatre pulsations. La température était au-dessous de la normale. La peau était froide avec un peu de moiteur. La malade rendait toujours 4 litres d'urine. Il y avait une grande oppression, et des lipothygies, survenaient dès qu'il cherchait à s'asseoir. A

l'auscultation, on entendait des râles crépitants et sous crépitants ; des deux côtés ; mais surtout du côté droit. Les crachats étaient peu abondants, vitreux et d'une coloration jaune rougeâtre.

Le lendemain, 18 octobre, le docteur Hallopeau, médecin des hôpitaux de Paris, appelé en consultation, confirma le diagnostic de pneumonie double, et porta pronostic très grave. Il prescrivit : Sulfate de quinine 0,75 en deux doses le matin. Extrait de kina, 2 grammes par jour. Lait, bouillon, gelée de viande. Groggs au cognac et au kirsch (40 grammes de chaque liqueur) raisins et oranges à sucer.

Le 21 octobre, le pouls était monté à 60 et très régulier. La *température qui était restée jusque-là au-dessous de la normale* se releva.

A l'auscultation, on entendait encore des râles à la base, du côté gauche. Mais ce même jour, vers quatre heures, le pouls redevint très irrégulier, et nécessita à l'administration de 2 grammes de caféine.

Les jours suivants, l'amélioration fut très rapide ; et le rétablissement fut complet, au bout de 15 jours, le malade urinait environ deux litres d'urine, contenant 15 grammes de sucre par litre, soit 30 grammes par jour.

Depuis cet incident, M. X... a retrouvé toute son activité physique et intellectuelle, et il a oublié assez ce rude avertissement pour négliger à nouveau son régime diététique.

L'observation suivante concerne un hémophilique ; la température subfébrile de cette pneumonie serait attribuable, d'après Wunderlich aux

hémorrhagies multiples, qui agiraient comme la saignée.

OBSERVATION VII

(*Arch. der Heilkunde, Band. I, 1860. — Wunderlich*).

Le 29 novembre 1858 entre à l'hôpital un homme de 35 ans, cordonnier, qui, disait-il, avait été subitement pris, sans malaise préalable, de crachement de sang rouge et spumeux. Il était sujet aux hémorrhagies nasales et sous-cutanées. Depuis huit jours, il porte au bras gauche des taches hémorrhagiques.

Son teint est pâle ; son visage et ses mains sont froides ; la température de tronc est normale, 29,3 Réaumur. Les signes d'auscultation et de percussion des poumons sont négatifs ; diagnostic : Infarctus pulmonaire.

La nuit suivante, et le lendemain matin, il crache du sang noir mais en moins grande abondance. Le lendemain après midi, nouveaux crachements de sang rouge. On entend des râles sibilants au sommet du poumon gauche. 1^{er} décembre, température matin 30,5. Hémoptysie chaque jour avec température normale jusqu'au 5 décembre, jour où l'on trouve de la submatité sous l'omoplate gauche. Le 11 décembre, frisson très vif. Température 30,9 ; le lendemain 30,9. Nouvelle hémoptysie de sang rouge ; toux, dyspnée, battements du cœur, et point de côté.

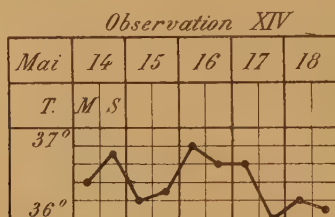
Le 14 décembre, la température et le pouls sont normaux. Au tiers inférieur du poumon gauche, souffle et

crépitation. Les jours suivants accentuation des signes locaux, élévation faible de la fièvre.

Le 23, le malade se lève et le 30, il sort guéri.

Le 13 octobre 1859, il est repris d'une hémoptysie subite et de frisson. Le 18, il entre à l'hôpital avec une température de 31,3. A droite et en arrière jusqu'à la quatrième côte, souffle léger et respiration soufflante.

Le 19 rémission 30,5, soir 31,5.



Les jours suivants la fièvre est modérée, 30,4, à 30,6 ; le soir 31.

Le 23, la température et le pouls reviennent à la normale ; l'état est meilleur.

Cette fois encore il avait dû exister de l'infactus pulmonaire. Mais le fait primordial était l'infiltration pneumonique. La pneumonie avait été modifiée par la diathèse constitutionnelle.

Les phénomènes particuliers de cette pneumonie ont été la température peu élevée, qui non seulement est restée plus de un degré au-dessous de celle que l'on constate dans les cas les plus bénins de pneumonie croupale, mais encore il y a eu des rémissions matinales depuis le commencement de la maladie.

CHAPITRE III

La régulation de la chaleur animale est sous la dépendance du système nerveux. L'équilibre entre la production et la perte de calorique peut être rompu dans les lésions encéphaliques et spinales. C'est pourquoi les aliénés, qui impriment aux maladies des formes particulières, présentent des anomalies de température.

M. le professeur Lemoine, de Lille, a relaté dans la *Province médicale de Lyon 1887*, quelques cas de pneumonie chez des déments.

Malgré le pronostic grave que Charcot attribue à l'hypothermie, ces malades n'ont pas présenté des phénomènes de collapsus et ont guéri presque tous. L'âge des pneumoniques n'explique pas le refroidissement, puisque l'affection a évolué franchement. L'inflammation, limitée à des portions simples des poumons, n'a pu déterminer d'abaissement thermique par asphyxie, par suite de rétrécissement du champ respiratoire.

Il faudrait donc admettre, que c'est l'état névropathique qui a faussé la fonction de la thermogénèse.

L'observation XI n'est pas entièrement apyrétique ; nous croyons cependant intéressant de la reproduire.

OBSERVATION VIII

Cals... 82 ans, vieillard très vigoureux, maintenu à l'asile d'Armentières, depuis plusieurs années, pour démence organique. Bonne santé habituelle.

Le 6 décembre 1886, il se plaint de ressentir un malaise anomal ; la nuit a été mauvaise, la respiration est gênée, on compte 23 mouvements respiratoires à la minute, le pouls est petit et rapide, la langue sale. La base gauche en arrière est le siège de petits râles fins très confluent ; la respiration est rude au sommet. Le murmure vésiculaire est normal à droite. Matité dans le tiers inférieur du poumon gauche.

Le 7 décembre, les râles se sont accrus en nombre et en intensité ; il y a du souffle bronchique, et l'inspiration est très rude au sommet.

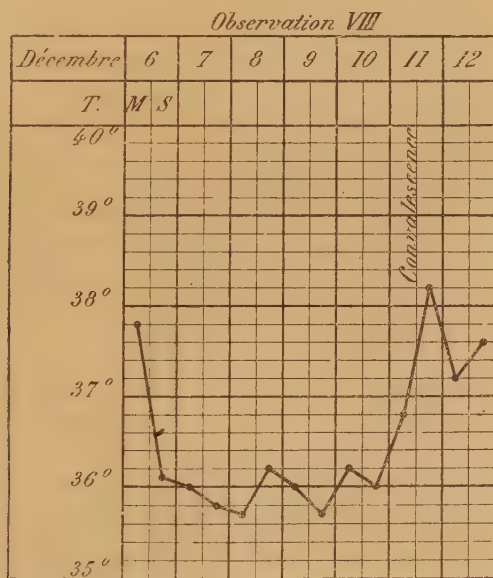
La dyspnée est très forte, les lèvres sont un peu cyanosées ; pouls 110.

L'état général est bon.

Les jours suivants, la pneumonie suit un cours régulier ; elle s'étend sur les deux tiers inférieurs du poumon gauche ; mais n'a pas de tendance à se généraliser ; le poumon droit reste indemne. Le 11 décembre, l'état local

s'améliore, le souffle disparaît, et les rales prennent le type de retour. Cette amélioration coïncide avec une légère exacerbation de la température, qui jusque-là était toujours restée très basse. Le lendemain, elle retombe au degré normal, et s'y maintient pendant toute la convalescence.

Voici du reste la couche thermique pendant le temps des phénomènes aigus.



On remarquera combien la marche de la température fut irrégulière. Depuis le premier soin, elle s'abaissa au-dessous du chiffre normal et s'y maintint jusqu'au début de la convalescence.

Elle oscilla autour de 36, sans même montrer une exacerbation vespérale, puisque à deux reprises elle fut

inférieure le soir à ce qu'elle avait été le matin. Il faut noter aussi que cette pneumonie ne présenta aucune complication, et que le traitement institué se borna à un peu d'alcool, et à de l'extrait de quinquina. Malgré l'âge avancé du malade, elle évolua comme la pneumonie franche de l'adulte, la guérison fut complète, et la santé s'est maintenue parfaite depuis cette époque.

OBSERVATION IX

Sir... 60 ans, vidangeur.

Le malade fit plusieurs séjours à l'asile d'Armentières. C'était un alcoolique, dont les troubles mentaux guérissaient assez facilement, mais récidivaient dès qu'il reprenait ses habitudes alcooliques. A la fin de l'année 1886, il eut un accès de manie avec agitation intense, se fractura une côte en tombant de son lit, et eut de l'emphysème sous cutané consécutif. De plus il présentait une insuffisance mitrale bien compensée, qui n'avait jamais occasionné de troubles sérieux.

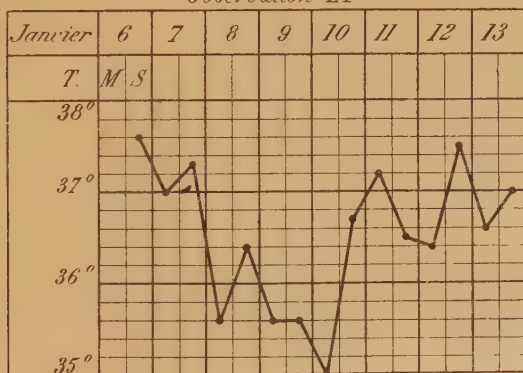
Le 7 janvier 1886, il se plaignit d'un malaise général, de frisson, mais sans point de côté ; il entra à l'infirmerie et le lendemain on constatait des râles fins et du souffle dans les 2/3 inférieurs du poumon gauche. Ce même soir, le pouls était de 110, et la température rectale 37.6. La pneumonie évolua assez normalement au début, mais sans amener aucune réaction inflammatoire ; le malade était très oppressé, mais avait la peau fraîche et une température toujours inférieure à 37°. Le processus pneumonique était visiblement influencé par

la nature du terrain (alcoolisme) et par l'affection mitrale.

Après avoir marché pendant quelque temps vers la guérison, la pneumonie prit une allure chronique et l'affection mitrale passa au premier plan dans le tableau symptomatique. Le malade mourut de sa maladie de cœur et de l'imperméabilité du poumon le 27 février suivant.

Il est possible, dans ce cas, que les antécédents alcooliques du malade et sa lésion cardiaque aient été pour quelque chose dans l'abaissement constant de la température. La pneumonie eut une allure bâtarde, mais cependant, elle ne revêtit à aucun moment la forme adynamique.

Observation IX

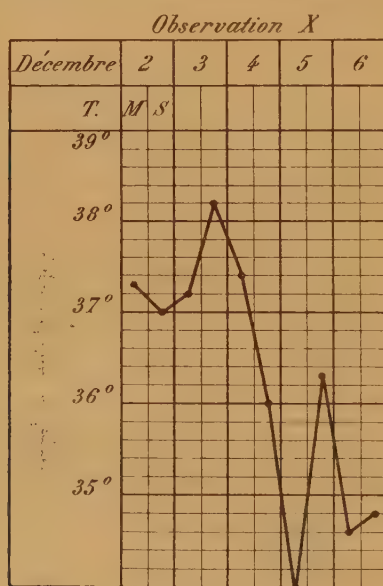


OBSERVATION X

Ram... 65 ans, plafonneur, entre à l'asile d'Armentières, 28 août 1886.

Ce malade est atteint au point de vue mental de lypémanie anxieuse ; il est fort triste, parle peu, ne mange pas, dort à peine ; il a essayé de se suicider à plusieurs reprises. Pas d'alcoolisme, bonne santé habituelle.

Le 2 décembre 1886, à la visite du matin, il se plaignit d'un violent point de côté à gauche ; toute la nuit,



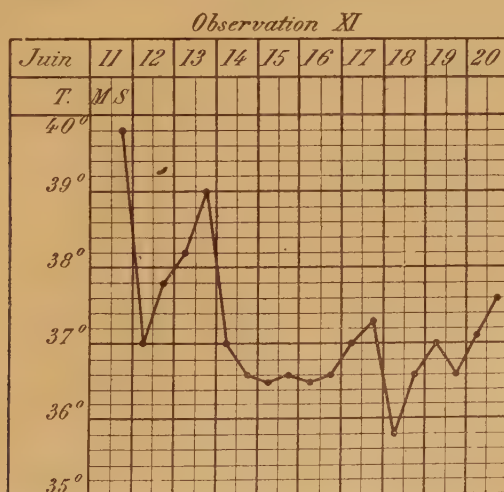
il avait été agité et n'avait pu dormir ; la base gauche est le siège d'un souffle intense, sans râles. Cette pneu-

monie eut, à part la température, une marche très franche et très rapide ; l'état général fut de suite mauvais, le malade criant et étant agité, comme dans la forme ataxique. Les lésions pulmonaires s'étendirent rapidement et des râles fins envahirent en bloc presque tout le poumon gauche ; expectoration abondante, point de côté violent et persistant.

Pendant toute l'évolution de la maladie, la température fut basse et tomba même à 34,6 le jour de la mort, sans que rien permit d'expliquer cette hypothermie.

OBSERVATION XI

B..., 54 ans, ouvrier tisseur, entre à l'asile d'Armentières en 1885.



Ce malade entre à l'asile pour une paralysie générale

au début. Lors de son arrivée, il présente des troubles psychiques assez accusés, mais peu de troubles physiques. Sa santé générale est bonne ; il n'a guère que du tremblement de la langue, ou peu de difficulté de la parole et de l'inégalité pupillaire.

Le 11 juin 1886, il entre à l'infirmerie pour une pneumonie occupant la base du poumon droit. Le début de l'affection a été très franc ; le malade a eu un frisson, un point de côté, du malaise général et des crachats rouillés. Le premier jour, la température monta le soir à 39°,8, mais cette ascension fut extrêmement courte, puisque le lendemain matin la température rectale était de 37° et le soir 37°,8. Le troisième jour, il y eut une nouvelle ascension, qui fit place aussitôt à un abaissement définitif, et la température oscilla jusqu'à la fin de la maladie autour de 36°. Elle ne remonta au chiffre normal que lorsque la convalescence fut en bonne voie.

La marche de la pneumonie, en tant que lésion pulmonaire et en tant que la maladie générale, fut tout à fait normale et ne fut troublée par aucune complication. Le pouls resta toujours entre 90 et 120, sans aucune relation avec la température.

CHAPITRE IV

Il semble difficile d'expliquer ces trois cas, que nous rapportons ci-dessous, par l'altération nerveuse et l'épuisement de l'économie. Il faudrait donc examiner d'autres hypothèses.

Tout d'abord nous ferons remarquer que cette anomalie thermique n'est pas spéciale à la pneumonie, et qu'elle a été signalée pour les autres pyrexies. Charcot a constaté 37° de température vaginale, chez une femme atteinte de cancer utérin, et de variole hémorrhagique, et couverte de pustules. La thèse de Deschamps (Paris 1891) sur la méningite tuberculeuse contient des tableaux thermiques dont la courbe est au-dessous de la normale. M. le professeur Potain a publié l'histoire d'une jeune femme, chez qui sont apparus tous les symptômes d'une fièvre typhoïde classique; mais dont la température, au lieu de suivre l'évolution régulière de ses stades successifs, se caractérisa par un abaissement progressif du

thermomètre à 36° pour remonter ensuite graduellement à mesure que l'affection marchait vers la convalescence. Enfin M. le professeur Hutinel, dans sa thèse d'agrégation, cite de nombreux cas d'hypothermie dans l'érysypèle, la rougeole, la scarlatine, le paludisme.

Comme dans l'urémie, ce refroidissement relèverait-il de la rétention des produits de la désassimilation consécutive à l'action des éléments infectieux ? Selon l'ingénieuse image de M. Debovre, ces déchets ralentiraient les oxydations organiques, source de chaleur, comme les cendres d'un foyer, qui, si elles ne sont pas enlevées, sont un obstacle à la combustion. Survient ensuite la crise, la débâcle urinaire avec dépôt abondant et la défervescence s'accuse par une ascension mercurielle. C'est ce que l'on remarque chez les goutteux, les rhumatisants qui, à la suite d'un surmenage, présentent des accidents rappelant un véritable accès fébrile (courbature, lassitude, œil brillant, lèvres congestionnées, peau chaude, malgré une température de 36°).

Il n'est pas survenu de phénomènes critiques chez les sujets des observations XIII et XIV) ; mais ils ont été affectés de vomissements et de diarrhée). Un abaissement thermique peut être provoqué par l'exagération des pertes intestinales ; mais sitôt leur cessation, il y a réaction, et la colonne mercurielle ne tarde pas à remonter et même à dépasser son niveau primitif. Il est rare que, dans

l'entérite tuberculeuse, les évacuations alvines aient neutralisé la fièvre produite par le bacille de Koch.

Nous ne croyons donc pas que l'intensité des dejections qui avaient cessé deux jours avant la mort de notre malade ait été suffisante pour maintenir l'hypothermie.

Ce ne sont pas ces phénomènes qui provoquent l'algidité dans le choléra et la dysenterie. Comme tous les autres symptômes, la diminution de la chaleur est la conséquence d'un empoisonnement, qui a été démontré par les expériences de M. Bouchard. C'est à l'accroissement dans le tube digestif d'éléments septiques que sont dus les accidents et l'hypothermie de l'occlusion intestinale (1).

D'ailleurs, en pathologie microbienne, l'algidité se montre très analogue à la fièvre et prête aux mêmes considérations. Cette interprétation n'est pas nouvelle ; Charcot, en 1869, savait que la plu-

(1) Verneuil et Berger (*Société de chirurgie*) (1876) ont attiré l'attention sur la congestion pulmonaire, qui survient dans l'étranglement herniaire. Cette complication qu'on a accusée de provoquer l'algidité (*Thèse de Paris* Mullois 1881) seraient des broncho-pneumonies et des pneumonies infectieuses. Nous regrettons que l'insuffisance de la notation thermique n'aient pas permis de reproduire les observations.

Pour la même raison nous ne citons pas de pneumonies de cholériques. Celle-ci y est d'ailleurs exceptionnelle, le plus souvent latente, et doit être systématiquement recherchée dans les autopsies (Gaillard, *Gaz hebdomadaire de médecine et de chirurgie*).

part des substances contenues dans les liquides pathologiques, qui ont pour effet de provoquer la fièvre, peuvent avoir sur l'organisme un effet radicalement inverse. L'injection de matières putréfiées, de pus, ont plusieurs fois déterminé une diminution très notable du taux de la température, suivie ordinairement peu après d'un état fébrile plus ou moins intense ; d'autres fois au contraire s'aggravant, même progressivement, jusqu'à la mort, laquelle dans ce dernier cas survient rapidement.

M. Teissier avec MM. Roux et Pittion ont obtenu des abaisséments thermiques, par injections de cultures de diplobactéries, recueillies dans les urines de grippes.

Les recherches qui ont été faites pour d'autres bactéries, staphylocoque, bactérium coli, bacille d'Elberth, établissent que, suivant les circonstances et les conditions des expériences, une espèce microbienne peut provoquer une élévation ou un abaissement de la température.

C'est l'explication que nous admettrions pour le malade de l'observation XIV d'autant que par l'ingestion excessive de boissons variées, il avait absorbé quantités d'éléments septiques et toxiques.

OBSERVATION XII

(*Société nationale de médecine*, Lyon, janvier 1894).

M. le professeur Teissier vient d'avoir l'occasion d'observer, dans son service de l'Hôtel-Dieu, un cas fort remarquable de pneumonie chez un *adulte*, ayant évolué pendant toute la durée du cycle fébrile habituel avec une température constamment basse, et même *sub normale* de 36°5 à 37°1. Ce n'est que vers le sixième jour, et au moment où les accidents locaux commençaient à s'amender, que la détervescence s'accusa sous forme d'élévation de la température.

A partir du moment où la convalescence s'accrut d'une façon définitive, le thermomètre resta désormais au-dessus de 37°.

OBSERVATION XIII

Extrait de la leçon de M. GALLIARD, médecin de l'hôpital Tenon, (*Semaine médicale*, 1896.)

« La malade que je viens de vous montrer a une physionomie tellement saisissante qu'elle laissera certainement dans votre souvenir une impression profonde.

Vous avez remarqué cette teinte bleuâtre des téguments, cette cyanose, cet abbattement, cette prostration,

ce refroidissement de la face et des extrémités. La malade n'était pas inconsciente, mais elle semblait indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle, répondant à contre cœur et d'une voix faible aux questions que vous lui posiez. Les yeux étaient excavés, la face amaigrie, le nez pincé, le pouls radial était supprimé ; la main appliquée sur la poitrine ne percevait pas les battements cardiaques ; les bruits du cœur semblaient éloignés de l'oreille. *La température vaginale ne dépassait pas 35°8.* C'était le tableau du collapsus algide.

En présence d'un état de collapsus algide aussi nettement caractérisé, votre première pensée devait être d'examiner l'abdomen et de rechercher du côté du péritoine et de l'intestin la cause des accidents observés. S'agissait-il là d'une péritonite aiguë, d'une perforation intestinale d'un étranglement, d'une entérite cholériforme, d'un cas de choléra.

Or, l'examen vous permettait de constater tout d'abord que la malade ne présentait ni le ventre en bateau des cholériques, ni le météorisme formidable que suscite toujours l'étranglement interne ; on ne vous signalait, d'ailleurs, ni les débâcles qui caractérisent le choléra, ni l'arrêt des matières et des gaz propres à l'étranglement.

Ballonnement modéré, ventre tendu mais non tympanisé, ventre assez sensible à la pression, ces divers signes relevaient tout au plus un certain degré de péritonisme.

Ce qu'il fallait considérer surtout c'était l'existence de vomissements verdâtres, et d'une diarrhée bilieuse sans ictère ; là, en effet, vous trouviez les premiers éléments du diagnostic.

Gastro entérite, pensiez-vous, cela ne suffit pas, il vous fallait une épithète qui déterminât la nature de la maladie. Eh bien ! à défaut d'examen bactériologique immédiat, vous aviez dans l'investigation clinique, une source de renseignements véritablement excellente. En percutant la poitrine, vous trouviez d'abord à droite, en arrière, à la partie moyenne et en bas un foyer de matité au niveau duquel l'auscultation révélait du souffle tubaire avec des râles sous crépitants. La malade n'avait plus de crachats rouilles ; mais sur ses lèvres cyano-sées vous pouviez voir quelques vésicules d'herpès. *Donc pneumonie lobaire.*

Entre cette pneumonie lobaire et la gastro entérite, quelles relations pouvait-on établir ? Devions-nous voir là deux maladies indépendantes, ou bien une proto-pathie suivie d'une complication, ou enfin deux manifestations d'une même infection générale.

La première chose à rechercher c'était la date exacte du début de la pneumonie, et l'époque d'apparition des troubles digestifs. Or, notre malade a eu d'abord une pneumonie à début banal : point de côté, maux de tête, vertige, inappétence, puis toux et expectoration spumeuse. Ce fut seulement après plusieurs journées pénibles, et après l'apposition de deux vésicatoires prescrits par un confrère de ville, que se manifestèrent, le 23 avril, deux symptômes nouveaux : l'aphonie et les vomissements verdâtres. Il y avait de la diarrhée bilieuse lorsque la patiente se fit transporter deux jours plus tard dans le service. A ce moment, l'expectoration pneumonique était caractéristique.

D'après ces notions de chronologie pas de doute possible ; c'est bien à la pneumonie qu'appartient la pre-

mière place; les désordres gastro intestinaux ne peuvent revendiquer que la seconde.

Post scriptum. La température centrale a été portée le 30 avril à 36,8; mais le lendemain, elle s'est abaissée d'abord à 36°, puis à 35°. Le 2 mai, dans la matinée, le thermomètre marquait 35,4, lorsque la malade a succombé. A l'autopsie, nous avons constaté une hépatisation grise du lobe inférieur droit.

Dans l'estomac et l'intestin, rien de visible à l'œil nu, sinon quelques plaques congestives.

OBSERVATION XIV (*Inédite.*)

Le nommé Patri..., âgé de 40 ans, menuisier, entre le 14 mai 1898 à l'hôpital Laënnec, salle Cruveilhier (service de M. Hirtz).

Le malade a eu une pneumonie il y a cinq ans; il est sujet à des habitudes d'intempérance.

C'est d'ailleurs à la suite de copieuses libations alcooliques, qu'il avait commises le dimanche 8 mai 1898, qu'il s'est trouvé malade et qu'il n'a pu se lever le lendemain. Le mardi, dans la soirée, il fut pris d'une diarrhée abondante et fréquente, qui l'a beaucoup fatigué; le samedi, son état ne s'améliorant pas, il entre à l'hôpital.

Le facies du malade est pâle, les traits un peu tirés; il ressent une courbature générale. Il souffre à l'abdomen; la douleur y est généralisée, mais n'est pas exagérée à la pression, pas même au niveau de l'appendice cœcal. Par la percussion et la palpation, on constate une

notable hypertrophie du foie ; la rate est normale.

Aux poumons, on trouve de la submatité au sommet droit avec exagération des vibrations thoraciques. A l'auscultation, on n'y trouve pas de craquements, ni autres signes anormaux.

Les battements du cœur sont bons. Le pouls est petit, sans fréquence. Pas d'albumine dans les urines.

Ce matin, le malade a eu des vomissements alimentaires, et des selles diarrhéiques. On conclut à une grippe de forme gastro intestinale.

Du 14 au 16 mai, l'auscultation pulmonaire est toujours négative ; le malade a été repris de vomissements ; sa diarrhée a cessé. La température s'est toujours maintenue au-dessous de 37°.

Le 17 mai, le malade n'a plus ni diarrhée, ni vomissements. Il a un peu de dyspnée, quoique l'auscultation ne révèle aucun signe anormal.

La bouche est sèche, la langue est sale et recouverte d'un enduit blanchâtre. Il existe deux ulcérations grisâtres, l'une sur le bord gauche de la langue, l'autre sur la face interne de la joue du même côté. Elles paraissent avoir été causées par le frottement de chicots voisins.

Le 18 mai, le ventre est un peu ballonné ; les extrémités sont froides ; le malade a du hoquet et il meurt dans des phénomènes de cyanose et d'asphyxie.

En raison de ces phénomènes gastro intestinaux et de cette hypothermie, on s'attendait à trouver à l'autopsie une perforation intestinale.

Autopsie. — Un courant d'eau que l'on fait passer dans l'intestin n'y décèle pas de perforation.

Toute la muqueuse intestinale est très congestionnée, surtout à la partie inférieure de l'iléon et du cœcum. Le

duodenum est moins rouge. A l'estomac, on remarque une congestion ecchymotique, surtout au niveau du cardia.

L'œsophage est aussi congestionné.

Le cœur droit est dilaté.

Les reins sont cyanosés.

La rate est petite.

Quelques adhérences au sommet du poumon droit. Pneumonie du lobe inférieur en hépatisation rouge.

Le poumon gauche est emphysémateux en bas ; on y trouve à la partie inférieure un foyer caséeux de la grosseur d'un pois.

Le crâne a été ouvert, et l'encéphale ne présente rien de pathologique.

CONCLUSION

L'apyrexie de ces états pneumoniques serait attribuable à l'épuisement de l'économie, au trouble fonctionnel du système nerveux, et à l'action des éléments infectieux.

Vu par le Président de la thèse,
D. LANDOUZY.

Vu le doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTH. — *Dict. sc. méd.*
BOUCHARD. — Auto-intoxications.
CHARCOT. — Leçons clin. des mal. des vieillards.
— *Caz. hebd. méd. chir.* 1869.
CAULUS. — Pneumonie des vieillards. *Thèse*, Paris, 1874.
CAUSSADE. — Néphrite pneumonique. *Thèse*, Paris 1890.
DESMONT. — Pneumonie des vieillards. *Thèse*, Montpellier, 1884.
GAILLARD. — *Sem. méd.* 1896. *Gaz. hebd. méd. chir.* 1893.
MUTINEL. — Temp. basses centrales. *Thèse d'agrégation*, 1880.
HIRTZ. — Chaleur dans les maladies. *Dict. méd. chir. pratiq.* 1867.
LABBÉ. — Pneumonie diabétique. *Thèse de Paris*, 1892.
LANDAU. — *Arch. gen. méd.* 1837.
LANDOUSY. — Pneumococcie dans le *traité de médecine et thérapeutique*.
LEMOINE. — Province médicale de Lyon, 1887.
LEPINE. — *Dict. méd. chir. prat.*
LECORCHÉ. — Diabète.
LORAIN. — Temp. corps humain.
MIGNOT. — Athrepsie. *Thèse Paris*, 1831.

PARROT. — Athrepsie.

PORTERIE. — Abaiss. temp. *Thèse* Paris, 1880.

ROGER. — *Arch. gen. méd.* 1844.

TEISSIER. — *Soc. nat. méd. de Lyon.* Janvier 1894.

WUNDERLICH. — Temp. dans les maladies. Traduction Labadie Lagrave.

— *Arch. der Heilkunde* Band. I, 1860.

Malgré nos démarches, nous n'avons pu nous procurer :

RENNIE. — A fatal pneumonie without élévation of [température or pulse. *Canada Lancet* Toronto 1897-98.

De Sanctis : Pneumonite crupale ofebriile. *Giorn. intern. delle sc. méd. Napoli* 1891, page 647.

